

学研究所张宗梁教授写作《巨噬细胞在烧伤感染中的作用研究》，该文很有时代性，希望作相关研究的同道认真一读。

参 考 文 献

1 窠懿,张勤,廖镇江. 11 年间烧伤病房铜绿假单胞菌耐药率调查. 中华烧伤杂志, 2004, 20: 6-9.  
2 卓超,钱元恕. 嗜麦芽窄食单胞菌院内感染的危险因素及耐药性分析. 中华烧伤杂志, 2004, 20: 10-13.

3 罗羽,夏培元,王仙园,等. 临床分离黄杆菌属细菌产  $\beta$  内酰胺酶及耐药性分析. 中华烧伤杂志, 2004, 20: 14-16.  
4 魏莲花,张俭,邓津菊,等. 烧伤创面不动杆菌的分离及耐药性分析. 中华烧伤杂志, 20: 17-19.  
5 张庆玲,刘明华,刘玉馥,等. 呼吸机相关性肺炎——胃肺感染路径的前瞻性研究. 中华烧伤杂志, 2004, 20: 20-22.

(收稿日期: 2003-12-05)

(本文编辑: 赵敏 王旭)

· 论著摘要 ·

微粒皮移植手术方法的改进及临床应用

张永生 刘旭盛 王逸涛

一、资料与方法

1. 一般资料: 笔者单位 1998~2001 年收治的烧伤总面积大于 50%、Ⅲ度面积 20% TBSA 以上行早期切痂微粒皮移植术患者 35 例。采用改进微粒皮移植法(A 组)与传统微粒皮移植法<sup>[1]</sup>(B 组)相对照。A 组 18 例, 其中男 16 例、女 2 例。年龄(38.63 ± 0.51)岁, 烧伤总面积(81.16 ± 10.90)% [Ⅲ度(30.08 ± 7.90)%] TBSA, 手术面积(35.80 ± 18.20)% ; B 组 17 例, 其中男 16 例、女 1 例, 年龄(37.27 ± 0.49)岁, 烧伤总面积为(80.05 ± 11.50)% [Ⅲ度(29.16 ± 8.20)%] TBSA, 手术面积(36.20 ± 19.40)% , 两组供受皮比例均为 1: (8~10)。

2. 方法: 将自体刃厚皮用等渗盐水清洗干净剪成 0.5~1.0 mm 大小, 制成微粒皮<sup>[1,2]</sup>。改进法: 将复温后的异体皮用 1:1000 新洁尔灭溶液浸泡消毒 5 min, 用鼓式取皮机再次制薄, 约 0.5~0.7 mm 厚, 数块拼接, 制成大张待用。切痂完毕将制好的异体皮一侧沿肢体纵轴方向缝合于创面, 再缠绕肢体, 根据创面剪成相应大小。将异体皮摊开, 真皮面向上, 再将微粒皮直接涂抹于异体皮上, 推散并均匀分布于真皮面, 用尖刀戳 5 mm 左右的引流孔, 缝合固定, 外洒氯霉素粉, 加压包扎。

3. 治疗: 入院后行常规抗休克、抗感染等治疗, 切痂时间为伤后 48~72 h, 手术前后全身应用广谱抗生素, 加强营养支持, 维持血红蛋白在 100 g/L、血浆白蛋白 30 g/L 以上, 并补充多种维生素及微量元素。

4. 统计学处理: 用 SPSS11.0 统计软件进行 *t* 检验。

二、结果

两组患者年龄、烧伤面积、手术面积比较差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。两组手术情况比较结果见表 1。植皮良好率分别为: A 组 77%、B 组 65%。

表 1 两组患者手术情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml/1% 手术面积)	术中输血量 (ml/1% 手术面积)
A 组	18	126.4 ± 68.2*	45.9 ± 8.5**	42.6 ± 6.2**
B 组	19	175.6 ± 76.3	52.4 ± 9.7	48.2 ± 7.9

注: 与 B 组比较, \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$

三、讨论

微粒皮移植术自 1986 年北京积水潭医院张明良等<sup>[1]</sup>首先提出后, 已逐渐成为常用手术方法。此术式优点较多, 但在具体操作过程中存在不少问题, 诸如操作工序复杂, 手术时间长, 异体皮浪费较多, 异体皮在创面上固定后常出现松弛、微粒皮松散分布不均、创面出血、感染等。近年来有学者采用喷洒法移植微粒皮<sup>[3]</sup>, 此法的优点是分布较直接涂抹法均匀, 但较漂浮法均匀度差, 同时在皮粒的大小及均匀度上要求较高, 有时容易出现喷口堵塞的现象, 影响手术的顺利进行。笔者应用的微粒皮移植改进法有以下优点: (1) 通过用 1:1000 新洁尔灭溶液浸泡异体皮, 减少了术后创面感染率。(2) 采用异体皮小张拼大张, 减少了异体皮的浪费, 减轻了患者的负担。(3) 制薄后的异体皮与创面的贴附能力较强, 解决了因异体皮松散而引起的微粒皮粒分布不均的问题; 同时微粒皮能全部用于创面, 避免了浪费。通过制薄, 去掉了异体皮真皮面的冻融层, 增加了异体皮的活性。制薄的异体皮在术后易干燥成痂形成保护膜, 有利于其下的微粒皮存活。(4) 直接涂抹微粒皮手术操作简单, 无需特殊器械, 手术时间较传统方法短, 术后并发症少, 适宜在基层医院推广。此法存在的不足主要是微粒皮分布欠均匀, 但通过推匀及保持合适供植比例可得到解决。笔者认为供植比例以 1: (8~10) 为宜。

参 考 文 献

1 张明良,曹大鑫,常致德,等. 微粒体皮肤移植在大面积烧伤病人中应用. 中华整形烧伤外科杂志, 1987, 3: 100-102.  
2 谢卫国,王德运,王礼放,等. 一种新的皮肤移植方法——喷洒法皮粒播植术. 临床外科杂志, 1999, 7: 295-296.  
3 谢卫国,王礼放,谭红,等. 喷洒法皮粒播植术研究. 中华烧伤杂志, 2002, 18: 26-28.

(收稿日期: 2002-08-16)

(本文编辑: 张红)

作者单位: 400038 重庆, 第三军医大学西南医院全军烧伤研究所、创伤烧伤复合伤国家重点实验室(张永生现在新疆库尔勒解放军第二七三医院烧伤科, 841000)

通信(讯)作者: 刘旭盛, Email: liuxusheng2002@hotmail.com, 电话: 023-68754148-8028